
Heilpädagogische Forschung

**Zeitschrift für Erziehung und Unterricht
behinderter Kinder und Jugendlicher**

BAND IV 1972/1973

Herausgeber:

Helmut von Bracken, Marburg, Lothar Tent, Marburg und Hermann Wegener, Kiel

Ständige Mitarbeiter

Heinz Bach (Mainz), Walter Becker (Hamburg), Ulrich Bleidick (Hamburg), René Dellaert (Antwerpen), Heinrich Düker (Marburg), Othmar Englert (Wiesbaden), Gerhard Heese (Hannover), Hildegard Hetzer (Gießen), Wilhelm Hofmann (Heilbronn), Elfriede Höhn (Mannheim), Heribert Jussen (Köln), Samuel Kirk (Urbana, Illinois, USA), Karl Josef Klauer (Braunschweig), Werner Küchenhoff (Hannover), Gustav Lesemann (Hildesheim), Kurt Lücken (Marburg), Heinrich Möhring (Hamburg), Eduard Montalta (Fribourg/Schweiz), Richard Müller (Hagen), Hans Radl (Wien), Elimar Schönhärl (Marburg), Eberhard Schomburg (Hannover), Josef Spieler (Karlsruhe), Hermann Stutte (Marburg), W. E. Vliegenthart (Utrecht), Peter Voigt (Berlin), Franz Wurst (Klagenfurt)

marhold

INHALT DES IV. BANDES

F. MEWE: Informationstheorie und Legasthenie	1
GERHARD BRANDAU: Der Zwangscharakter der Überbehütung (overprotection) und deren Bedeutung für Psychohygiene, Praevention und Rehabilitation	17
KURT HELLER: Entwicklungsstörungen der Sprache im Kindes- und Jugendalter	35
HELMUT von BRACKEN, GERD IBEN, ARNE SCHÜRER und HANS-PETER VIEMANN: Über Schulleistungen und Schullaufbahn hör-auffälliger Kinder (Untersuchungen zur Psychologie von hör- behinderten Kindern und Jugendlichen, Teil I)	57
LAWRENCE E. HARRELSON, HARTMUT HORN u. JOHN E. JORDAN: Einstellungen zu Intelligenzbehinderten in der Bundesre- publik Deutschland - Untersuchungen auf der Basis der Facetten- Theorie von LOUIS GUTTMANN	161
EUGEN E. JUNGJOHANN: Sozialpsychiatrische Aspekte der Pseudo- debilität in Bildungsanstalten für Schwachsinnige	180
GÜNTHER DEGENER u. MANFRED DONY: Untersuchung zur Über- einstimmung zwischen HAWIK und RAVEN-Test bei hirngeschädigten und hirngesunden Kindern	188
DOROTHEA LUKOWSKI: Untersuchungen zur Frage von Psychomen bei längere Zeit hindurch stationär behandelten orthopädisch er- krankten Kindern	199
HELMUT von BRACKEN, GERD IBEN, ARNE SCHÜRER u. HANS- PETER VIEMANN: Über Sprachbehinderungen und Besonderheiten des sozialen Verhaltens von hörauffälligen Schulkindern (Untersu- chungen zur Psychologie von hörbehinderten Kindern und Jugendli- chen, Teil II)	236
OTTO von ESSEN: Lautlehre und Lautfehlbildungskorrektur des Dr. med. RUDOLF SCHULTHESS	260

ALOIS BÜRLI: Lehrplanforschung und Lehrpläne für die heilpädagogische Ausbildung in den USA	317
ELISABETH SANDER: Der Einfluß eines Wahrnehmungstrainings auf die HAWIK-Leistungen 8- und 9-jähriger Schüler einer Sonderschule für Lernbehinderte	339
HOLGER H. PROBST: Der Intelligenzrückstand Lernbehinderter in Abhängigkeit von Komplexität und Sprachgehalt der Testaufgaben ...	349
HORST G. TASCHOW: Über Ursachen, Diagnose und Behandlung der sekundären Leseschwäche von Kindern. Aus der Lesheilpädagogischen Ausbildung in Kanada	371
ARMIN LÖWE: Über die Funktionstüchtigkeit von Taschen-Hörgeräten. Ergebnisse einer Funktionsprüfung von 170 Hörgeräten hörgeschädigter Sonderschüler	393
DOROTHEA LUKOWSKI: Unspezifischer Hospitalismus und Psychose (Sammelreferat)	405
HILARY STANG: Abstracts in English	115, 260, 441
JEAN CHANEL: Résumés en français	117, 271, 444

BUCHBESPRECHUNGEN:

G. NISSEN: Depressive Symptome im Kindes- und Jugendalter (GÜNTHER)	119
H. HARBAUER, R. LEMPP, G. NISSEN und P. STRUNK: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie (VON BRACKEN)	274
A. MOSER: Die langfristige Entwicklung Oligophrener (GÜNTHER)..	277
DORIS J. JOHNSON und HELMER R. MYKLEBUST: Lernschwächen. Ihre Formen und Behandlung (VON BRACKEN)	281
HANS KRECH: Die Behandlung gestörter S-Laute (ELSTNER)	284
KARL AUGUST WIEDERHOLT: Kindersprache und Sozialstatus (HANKAMMER)	285
MADELEINE L. RAMBERT: Das Puppenspiel in der Kinderpsychotherapie (R. G. E. MÜLLER)	287
MICHAEL ATZESBERGER: Rupert Egenberger 1877-1959 (VON PREMIERSTEIN)	288

H. FELDMANN: Hypochondrie (MEWE)	290
K. J. KLUGE: Pädagogik der Schwererziehbaren (R. G. E. MÜLLER) .	448
MARIA WASNA: Motivation, Intelligenz und Lernerfolg (R. G. E. MÜLLER)	449
B. BRÖSE: Geistige Aktivierung von Intelligenzgeminderten im Unterricht der Hilfsschule (R. G. E. MÜLLER)	450
VERA KUHLEN: Verhaltenstherapie im Kindesalter. Grundlagen, Methoden und Forschungsergebnisse (R. G. E. MÜLLER)	452

DISKUSSION

ULRICH BLEIDICK: Über das Verhältnis von Sonderpädagogik und Erziehungswissenschaft	124
ERICH MUGGENTHALER: Sind die Schüler der Sonderschule für Lernbehinderte in ihrer Mehrzahl kongenitale Legasthiker?	129
CURT WEINSCHENK: Bemerkungen zur vorstehenden Arbeit von MUGGENTHALER	135

KLEINE BEITRÄGE UND NACHRICHTEN

1. Internationaler Herbst-Seminar-Kongress für Sozialpädiatrie "Hilfe für das behinderte Kind"	138
Vereinte Nationen und Zunahme der Jugendkriminalität	138
Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	298
Internationale Gesellschaft für das wissenschaftliche Studium der geistigen Retardation	298
Genetische Beratungsstelle für Nordhessen in Marburg	299
1. Tagung der Pränatale Psychologie	299
KLAUS WEINSCHENK: Sonderpädagogische Technologie in der "Dritten Welt " - Reiseeindrücke	454

ZUM GEDENKEN

In memoriam EMIL FROESCHELS (ARNO SCHULZE)	293
R. VON PREMIERSTEIN: Heilpädagogische Dokumentation ..	139, 301, 466

Autoren der Publikationen, die im Dokumentationsteil referiert wurden

- Ammann, L. 158
Ansbacher, H.L. und R. 140
Bach, H. 316, 474
Bachmann, W. 153, 466
Bäumler, J. 146
Bastine R. 472
Battegay, R. 146
Begemann, E. 479
Beschel, E. 309
Birkel, A. 474
Bittmann, F. 151
Bittner, G. 476
von Bracken, H. 304
Buchholtz, F.W. 146
Bühler, H. 303
Büschel, G. 154
Burchhardt, H. 468
Christian, W. 302
David, H.P. 140, 147
Deppe, H.-U. 159
Djatschkow, I.A. 310
Eggert, D. 307
Ehlers, W. 470
von Essen, O. 469
Eyferth, H. 159
Fuhrmann, W. 469
Gerlach, J. 467
Gnirss, F. 146
Gösling, F.G. 155
Has, F. 304
Herwig, R. 153
Hetzler, H. 149
Höhn, E. 475
Hofmann, Th. 476
Jussen, H. 309
Kern, A. 156
Kiphard, E.J. 143
Klauer, K.J. 314
Kleber, E.W. 308
Klein, G. 480
Kluge, K.-J. 481
Koch, G. 143
Koch, H. 315
Kornmann, R. 156
Kreye, H. 150
Krohn, C. 158
Ladewig, D. 146
Legewie, A. 470
Lenz, W. 471
Lidz, T. 147
Liebmann, S. 148
Liebscher, S. 478
Martin, L. 306
Metzger, W. 141
Möckel, A. 468, 472
Mohr, C. 313
Mussen, P.H. 142
Nagel, K. 472
Orthmann, W. 473
Redhardt, R. 148
Reimer, H. 152
Röhrborn, G. 471
Rothenberg, A. 147
Sander, K. 472
Schadewaldt, H. 301
Schenk-Danzinger, L. 305
Schilling, F. 143, 144
Schmidt, M.H. 152
Schönberger, F. 478
Schröder, H. 308
Schulze, A. 476
Seeboth, F.H. 157
Stöckmann, F. 145
Stutte, H. 145, 149
Tausch, R. 472
Wiechmann, W. 311
Wissing Micheelsen, V. 311
Wolff, D. 139
Wulff, E. 159
von Zerßen, D. 142

Entwicklungsstörungen der Sprache im Kindes- und Jugendalter

von KURT HELLER, Heidelberg

Allgemeiner Überblick über die "normale" Sprachentwicklung

Die menschliche Sprachentwicklung war seit der Jahrhundertwende wiederholt Gegenstand gezielter empirischer Untersuchungen. Ich verweise hier nur auf die bedeutsamen Arbeiten von C. und W. STERN (1907, 1927), K. BÜHLER (1918, 1934), PIAGET (1923), JESPERSEN (1925), Ch. BÜHLER u. H. HETZER (1926) oder - aus neuerer Zeit - SALBER (1959), KAINZ (1960), McCARTHY (1930, 1954, 1963) bzw. - in psycholinguistischer Sicht - OSGOOD (1963), HÖRMANN (1967), BERNSTEIN (1967), OEVERMANN (1969) u. a.

In Anlehnung an das STERNsche 5 Stufen-Schema (1927) könnte man die kindliche Sprachentwicklung tabellarisch folgendermaßen umreißen:

(1) In einer Vorbereitungsphase, die etwa das gesamte 1. Lebensjahr umfaßt, werden durch Lalläußerungen qua Ausdrucksformen kindeigener Affekte und Stimmungen bzw. durch Nachahmung akustisch wahrgenommener Lautgebilde vorab die motorischen Voraussetzungen der Sprache grundgelegt. RIEDER, der "Die vorsprachlichen stimmlichen Äußerungen" (1963) in einer Längsschnittstudie genauer analysierte, unterschied zwischen dem "vorsprachlichen unartikulierten Ausdruck" als der Gesamtheit vorsprachlicher Laut- und Stimmäußerungen und dem "vorsprachlichen artikulierten Ausdruck", dem sog. Lallwort, das sich zwar als eine artikulierte, phonematisch jedoch nicht geprägte (weil inkonstante) Lautgestalt darstellt. Das "Lallwort", das aus einer Reihung monotoner Silben, die je nach Situationscharakter zahlenmäßig und gestaltlich variieren, besteht, läßt in der

Vortrag am 19. 10. 1970 in Köln an der Abt. für Heilpädagogik der Pädagogischen Hochschule Rheinland.

Regel eine Benennungsabsicht vermissen. Es hat nur Kundgabe- und Auslösfunktion. "Das Lallwort, der vorsprachliche artikulierte Ausdruck, ist zwar die differenzierteste und aufgrund der Artikuliertheit die höchste Stufe des vorsprachlichen Ausdrucks, aber noch kein Wort, noch keine Sprache" (RIEDER, a. a. O., S. 124). Die ersten Anzeichen für ein (freilich primitives) Sprachverständnis wurden zwischen dem 8. und 10. Monat beobachtet, wenngleich die meisten Experten den eigentlichen Beginn der Sprachentwicklung in die 1. Hälfte des zweiten Lebensjahres verlegen. Allgemein herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der zeitlichen Fixierung kindlicher Erstsprachleistungen, die sich nicht nur durch die "wahre" Varianz, als interindividuelle Differenzen der Entwicklungs - tempi, erklären läßt. Die "Fehlervarianz" zu Lasten methodischer Unzulänglichkeiten resp. der Schwierigkeit, den ersten signifikativen Akt des Kindes zu erkennen, d. h. richtig einzuschätzen, ob es sich im konkreten Fall bei dem artikulierten Ausdruck um einen wirklichen Symbolträger handelt, dem bereits eine konstante Lautgestalt eignet, oder um einen bloßen Ausdrucksträger (ohne Benennungsfunktion), darf in diesem Zusammenhang kaum geringer veranschlagt werden. Zudem deuten Beobachtungen, wonach Kleinkinder bereits im Alter zwischen 6 und 8 Monaten sinnvoll auf sprachliche Anforderungen zu reagieren vermögen, darauf hin, daß das Erwachen sprachlichen Symbolverständnisses wahrscheinlich mehrere Monate vor dem ersten aktiven Sprachgebrauch liegt, so daß ein Beginn der eigentlichen Sprachentwicklung zwischen dem 6. und 24. Lebensmonat als durchaus normale Erscheinung zu werten ist.

(2) Die folgende Epoche ist gekennzeichnet durch den sog. Einwortsatz, dessen Auftretenshäufigkeit - wie schon angezeigt - in der 1. Hälfte des zweiten Lebensjahres kumuliert. Damit etabliert sich die Sprachentwicklung endgültig. Diese ersten sinnvollen Sprachäußerungen bestehen fast durchweg aus Hauptwörtern bzw. Interjektionen. Sie repräsentieren in ihrer Bedeutung keine Einzelwörter, sondern echte Einwort-Spracheinheiten. So kann etwa "Mutter" bedeuten: "Mutter, komm her!", "Mutter, gib mir zu trinken!", "Mutter, spiel mit mir!" usw. Das Stadium des Einwortsatzes dauert in der Regel 1/2 Jahr, bis es dann durch den Gebrauch des (vorerst flexionslosen) Mehrwortsatzes abgelöst wird.

(3) Die dritte Epoche der kindlichen Sprachentwicklung ist durch das rasche Anwachsen des Wortschatzes charakterisiert. Während dieser nach einer größeren Erhebung von SMITH (1926; zit. nach OERTER 1968, S. 384) zu Beginn des zweiten Lebensjahres, also mit 1;0 durchschnittlich 3 Wörter umfaßt und mit 1;6 (1 1/2 Jahren) 22 Wortein-

heiten beträgt, ist der Wortschatz eines normalen Kindes unter durchschnittlichen sozialkulturellen Bedingungen bei Vollendung des zweiten Lebensjahres (mit 2;0) bereits auf 272 Einheiten angewachsen. Und diese Progression ist auch in den folgenden Jahren zu beobachten. Zum anderen tritt aber auch eine qualitative Verbesserung kindlicher Sprachleistungen hervor, insofern jetzt immer häufiger mehrere Wörter zunächst flexionslos zu "Satzketten" (STERN) verbunden werden. Die Substantiva werden durch Verben und bald auch durch Adverbien, Konjunktionen und Adjektive (in dieser Reihenfolge bzw. der Häufigkeit ihres Auftretens nach) ergänzt.

(4) In der vierten Phase, die sich etwa auf die Zeit von 2;0 bis 2;6 erstreckt, gelingen dem Kind nun auch Flexionen. Ausrufe-, Frage- und Aussagesätze dominieren in dieser Zeit. Die meisten Kinder gebrauchen jetzt zum erstenmal Pronomina und Präpositionen, deren Anteil mit 2,3 % bzw. 1,4 % freilich - bis in das 5./6. Lebensjahr hinein - bescheiden bleibt (DEUSSING 1927, STERN 1927). Lediglich McCARTHY (1930) fand bei ihren Beobachtungen gleichaltriger Kinderspielgruppen bedeutend größere Anteile der Pronomina (im Alter von 1 1/2 Jahren 10,3 %, von 3 Jahren 19,2 % und im Alter von 4 1/2 Jahren sogar 20,5 %), was OERTER u. E. plausibel unter Hinweis auf die unterschiedlichen Beobachtungssituationen erklärt: "Pronomina werden häufiger im Gespräch mit Gleichaltrigen verwendet als mit Erwachsenen" (S. 388).

(5) Schließlich wäre die fünfte Phase kindlicher Sprachentwicklung, beginnend mit etwa 2 1/2 Jahren, unter dem Kriterium der Hypotaxen anzusetzen. Erst auf dieser Entwicklungsstufe beginnt das Kind, Satzgefüge zu beachten, d.h. Über- und Unterordnung des Gedachten auch sprachlich in der Syntax zum Ausdruck zu bringen. Damit einher geht der (weitere) Abbau des sog. physiologischen Agrammatismus, dessen Restbestände sich freilich noch geraume Zeit (bei schwierigen Formen sogar bis ins frühe Schulalter hinein) quasi als normale Erscheinung erhalten können. Im Grunde hört die menschliche Sprachentwicklung nie auf, und unsere Zeittafel bedeutet nicht mehr als ein grobes, sehr abstraktes Orientierungsschema für die frühkindliche Entwicklung der Sprache, wie sie sich im Regelfalle, d.h. unter normalen psychischen und durchschnittlichen sozio-kulturellen Bedingungen darstellt. Im Hinblick auf unser Hauptthema, die Erörterung sprachlicher Entwicklungsstörungen, dünkte mir ein knapper Aufriß der innerhalb gewisser Spielbreiten allgemein als "normal" erachteten Sprachentwicklung unerlässlich.

Die bisherigen Ausführungen zur allgemeinen Sprachentwicklung mögen vielleicht den - ungerechtfertigten - Schluß nahelegen, daß es sich hierbei um eine (ausschließlich) "endogen vorprogrammierte Entfaltung" handle. Demgegenüber muß festgehalten werden, daß die Bedeutung der sozio-kulturellen Umweltwirkung für die menschliche Sprachentwicklung nicht erst in unseren Tagen erkannt wurde. So haben BÜHLER, HETZER, STERN oder McCARTHY darauf hingewiesen, daß Art und Häufigkeit menschlicher Kontakte bereits in den ersten Lebensmonaten die kindliche Sprachentwicklung, besonders nach der lexikalischen Seite hin, nachhaltig beeinflussen. Darüberhinaus werden neuerdings die sozialen Schichtdeterminanten in ihrer Auswirkung auf die Sprachentwicklung, jetzt besonders im Hinblick auf die grammatisch-syntaktische Seite hin, hervorgehoben (BERNSTEIN 1967, OEVERMANN 1969). Demnach wäre zwischen einem "restringierten" Unterschicht-Kode und einem "elaborierten" Mittelschicht-Kode (BERNSTEIN 1964) zu unterscheiden, die jeweils in sehr spezifischer Weise die Sprachentwicklung, vorab die "verbale Planung" beeinflussen.

Daß die Kinder der Unterschicht in verbalen Intelligenztestaufgaben im Gruppendurchschnitt schlechtere Ergebnisse erzielen als die gleichaltrigen Mittelschichtkinder, ist ebenso erwiesen wie die Tatsache, daß die verbale Intelligenz im allgemeinen höher mit dem Sozialstatus des Elternhauses korreliert als die sog. nonverbale Intelligenz und daß erstere signifikant negativ mit dem Grad "sozio-kultureller Deprivation" korreliert ist. So weisen etwa Korrelationen zwischen dem Wortschatz (Wortschatztest) und der sozio-ökonomischen Statusvariablen (Vaterberuf) Koeffizienten um 0.5 auf. Andererseits deuten entsprechende Zusammenhangsberechnungen eine gewisse Verkettung in der Entwicklung von Lautdiskriminierungsfähigkeit, lexikalischem Inventar (Wortschatz) und syntaktischer Organisation an, wobei sich mit zunehmendem Lebensalter die schichtspezifischen Disproportionen vergrößern. (z.B. Adverbien, Adjektive, Präpositionen und Konjunktionen): BERNSTEIN, McCARTHY, OEVERMANN u.a. Autoren. So gebrauchen die Unterschichtkinder bestimmte Wortarten nicht nur - durchschnittlich - undifferenzierter; sie verwenden sie auch weniger häufig bzw. erst relativ spät (analog zum späteren Auftauchen dieser Formen in der Ontogenese) wohingegen Substantiva einen ungleich höheren Anteil ausmachen. Ähnliche Retardierungserscheinungen zeigen sich hinsichtlich des grammatikalisch-syntaktischen Komplexes. Es scheint, als ob "bei den Angehörigen der Unterschicht der Worteinfall weniger durch abstrakte, grammatische Re-

geln gesteuert wird" (OEVERMANN). Das Sprachverhalten der Schichtengruppen unterscheidet sich "vor allem im Gebrauch adverbialer Nebensätze" bzw. in der Anwendung von Relativsätzen, worauf ebenfalls OEVERMANN (unter Hinweis auf parallele schriftsprachliche Differenzen zwischen gehörlosen und normalsinnigen Kindern) aufmerksam gemacht hat.

"Nach diesen Ergebnissen, die insgesamt eine syntaktisch wenig elaborierte Struktur als vorherrschendes Kennzeichen der Unterschichtsprache verdeutlichen, erstaunt es nicht wenn darin gleichzeitig eine größere Anzahl grammatischer Fehler gefunden wird (McCARTHY 1930, TEMPLIN 1957, THOMASSO 1962, LOBAN 1964). Besonders häufig stimmen Numerus und Person zwischen Prädikat und Subjekt nicht überein. Außerdem finden sich häufig idiomatisch bedingte "Fehler", Auslassungen des Hilfsverbs bei Konjugationen, falsche Verbformen und Fehler im Gebrauch der doppelten Negation (THOMASSO 1962, LOBAN 1964). Andere Daten lassen erkennen, daß die Kinder der Unterschicht in der Planung der syntaktischen Konstruktionen nicht die Sicherheit erreichen wie die Kinder der Mittelschicht: Der Anteil unvollständiger Satzbrocken ist in ihrer Sprache größer (LOBAN 1964, DEUTSCH u. a. 1964)." (OEVERMANN, a. a. O. S. 316). Damit aber wenden wir uns bereits dem engeren Gebiet der dysgrammatischen Sprachstörungen zu. Diese werden uns im Rahmen der Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen der Sprache noch eingehend beschäftigen, wenngleich sub specie Sprachheilpädagogik nicht so sehr die sozio-kulturell bedingten Sprachstörungen das Interesse beanspruchen; solche Aspekte gehören u. E. vorab zum Aufgabenkanon einer allgemeinen Sprachpädagogik, wo sie freilich im Hinblick auf die Ermöglichung gleicher Bildungschancen für alle vordringliche Bedeutung erlangen. Insofern dieses Postulat zum Prinzip jeglicher modernen Bildungskonzeption(en) avancierte, dürften die versuchten Aufgabenabgrenzungen allerdings nur akzentuierend verstanden werden. Siehe dazu noch K. HELLER (1970).

Entwicklungsstörungen der Sprache des vollsinnigen Kindes und Jugendlichen

Dem Ordnungsvorschlag von JUSSEN (1964, S. 199 ff.) folgend, kann man die Sprachstörungen insgesamt, die Sprachstörungen im weiteren Sinne, unterteilen in (vgl. noch HEESE 1967, S. 276 ff.):

1. Sprachstörungen im engeren Sinne: Damit sind einmal die Störungen des Sprachvermögens überhaupt, zum andern die Störungen des Sprachaufbaus gemeint. Schließlich sind hierunter auch die verschiedenen Erscheinungsformen des Sprachverlustes (z. B. Aphasien) subsumiert, die wir jedoch im Rahmen der Erörterung der entwicklungsbedingten Sprachstörungen ausklammern können. Ich werde Sie also vorab über Formen jugendlicher Sprachstörungen informieren, die unter die ersten Subkategorien fallen, ausgenommen wiederum die Stummheit bzw. Sprachlosigkeit als Symptom der Idiotie versus die Stummheit als Folgeerscheinung sensorischer Deprivation (Taubstummheit oder Surdomutitas).
2. Redestörungen: Hierunter sind die Störungen des geordneten Redeflusses zu verstehen, also alle auffälligen Phänomene, die man unter den Sammelbezeichnungen Stottern und Poltern sowie Mutismus (als affektiv bedingte Redestörung) und Paraphrasie (als Störung des Redesinnes) erfaßt.
3. Sprechstörungen: Darunter fallen sowohl die Abweichungen von den jeweils vorgegebenen Lautnormen (womit das vielfältige Gebiet der Stammelfehler angesprochen wäre) als auch die diversen Stimmbildungsstörungen. Weiterhin ordnet HEESE (loc. cit.) die kongenitale Schreib- und Leseschwäche (Legasthenie) als "Störung in der Verwirklichung der schriftsprachlichen Normen" den Sprechstörungen zu. Soviel zum Gesamtüberblick der Sprachstörungen i. w. S.

Thema der nun folgenden Ausführungen sind - wie schon angekündigt - die Sprachstörungen im engeren Sinne sub specie Entwicklungshemmung, insonderheit die Störungen des Sprachvermögens und des Sprachaufbaus beim vollsinnigen Kind und Jugendlichen. Ausklammern werde ich - schon aus zeitlichen Gründen - die Erscheinungsformen des Stammelns und der Legasthenie, obwohl diese Störungen prinzipiell auch unter dem Gesichtspunkt der Entwicklungshemmung abgehandelt werden müßten. Im einzelnen sollen folgende Erscheinungsbilder qua Funktionsstörungen sprachlicher Entwicklung erörtert werden: (1) die sog. "(einfache) verzögerte Sprachentwicklung" (2) die sog. "Hörstummheit" oder "idiopathische Stummheit", (3) die sog. "Seelentaubheit" oder "akustische Agnosie" und schließlich (4) der "Agrammatismus" bzw. "Dysgrammatismus".

Zur allgemeinen Einführung in den Problemkontext sei hier auf folgende Literatur hingewiesen: E. FROESCHELS

(1913), E. KERN (1955), R. LUCHSINGER u. G. E. ARNOLD (1959), A. ZUCKRIGL (1964), H. v. BRACKEN (1965), M. SEEMAN (1965), G. HEESE (1967) W. ORTHMANN (1969). Wertvolle sprachdiagnostische Informationen vermitteln u. a. M. HESS (1959) und H. D. KLINGHAMMER (1969).

Ad 1) Die (einfache) verzögerte Sprachentwicklung

Verzögerte Sprachentwicklung ist frühestens nach Ablauf des dritten Lebensjahres sicher diagnostizierbar, denn die zeitliche Erstreckung der "physiologischen Sprachlosigkeit" reicht mitunter bis zur Wende vom 3. zum 4. Lebensjahr, wie wir an Hand des STERNschen Stufenschemas zu Beginn deutlich machen konnten. Wenn das Kind bis dahin noch nicht spricht bzw. sein Wortschatz kaum mehr als ein Dutzend Wörter enthält - oft stehen nur 2 oder 3 Worteinheiten oder auch nur einzelne Silben zur Verfügung - (der Wortschatz des normal entwickelten Kindes dagegen enthält zu dieser Zeit bereits über 1000 Einheiten), und wenn darüber hinaus keine psychischen und körperlichen Auffälligkeiten wahrzunehmen sind, dann besteht der Verdacht einer entwicklungsbedingten Sprachhemmung. Die Sprachhemmung braucht also nicht vollständig zu sein, auch können Stammelfehler sowie agrammatisch gesprochene 2-3-Wortsätze (Satzketten) resp. unverhältnismäßig lang gesprochene Einwort-Sätze Bestandteile einer solchen Entwicklungsverzögerung darstellen. Weniger der verspätete Sprechbeginn als vielmehr die teilweise enorme Verzögerung des Entwicklungsfortschritts (hinsichtlich der lexikalischen und grammatisch-syntaktischen Seite) sind hervorsteckende Merkmale der verzögerten Sprachentwicklung.

Zu den einprägsamen Symptomen verzögerter Sprachentwicklung gehört auch der auffällig asynchrone Verlauf der "inneren" Sprachentwicklung, des Sprachverständnisses einerseits und der aktiven Verwendung der Sprache als der eigentlichen Sprechentwicklung andererseits. Je stärker beide Momente der Sprachentwicklung auseinanderklaffen, desto wahrscheinlicher ist das Vorliegen einer Entwicklungshemmung. Das Sprachverständnis des Kleinkindes läßt sich relativ leicht an Hand sprachlicher Aufforderungen (etwa in Spielsituationen), durch Fragen u. ä. kontrollieren, insofern an den Reaktionen des Kindes abzulesen ist, ob Sprachverständnis vorliegt oder nicht. Ist nach den ersten beobachteten Ansätzen eines Sprachverständnisses mehr als ein Dreivierteljahr vergangen, ohne daß das Kind eigene Sprechversuche

unternommen hat, dann muß man verzögerte Sprachentwicklung annehmen.

Differentialdiagnostisch ist die einfache verzögerte Sprachentwicklung mindestens dreifach abzusichern: a) es müssen Hörschädigungen gravierender Art (Schwerhörigkeit oder Taubheit) ausgeschlossen werden, b) es dürfen keine pathologischen Persönlichkeitsveränderungen (z.B. Schizophrenie) vorliegen, c) Schwachsinn bzw. Idiotie müssen als mögliche Ursachen entfallen. Ätiologisch können wir zwei große Bereiche unterscheiden: umweltbedingte (erworbene) versus anlagebedingte (vererbte) Schädigungen, deren Wirkanteile wohl niemals exakt abzugrenzen sind. So werden Geburtstraumen, frühkindliche Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, aber auch sozio-kulturelle, insbesondere familiäre, Vernachlässigung, Verwahrlosung etc. versus Erbschäden, sog. Familienschwächen im Sinne ausgeprägter Dispositionen für Sprachstörungen, Sprachschau, Sprechunlust u.ä., gestörte Seitendominanz resp. Linkshändigkeit, mangelnder sprachlicher Nachahmungstrieb (besonders bei Knaben) u.dgl.m. gewöhnlich für auftretende verzögerte Sprachentwicklung verantwortlich gemacht bzw. im Sinne eines Zusammenhanges erklärt. Häufig treffen mehrere schädigende Ursachen zusammen, so daß nur in umfassenden Diagnosen - unter Mitwirkung des Arztes und Psychologen - sowie durch Elternexplorationen resp. Anamnesen ein annähernd sicheres Urteil im konkreten Falle erreicht werden kann. Nicht selten muß in diesem Zusammenhang, besonders bei jüngeren Kindern, auf die systematische Verhaltensbeobachtung als "via regia" zurückgegriffen werden, deren diagnostische Möglichkeiten jüngstens KLINGHAMMER (loc. cit.) anschaulich beschrieben hat.

Die Symptome der verzögerten Sprachentwicklung können oft als Teile eines umfassenderen Syndroms, des sog. Sprachschwächetypus, aufgefaßt werden. Nach LUCHSINGER ist die Sprachschwäche durch drei simultan auftretende Merkmale bestimmt: durch motorische Ungeschicklichkeit, durch stark verminderte Musikalität und durch propulsive Sprechweise (Poltererkomponente). Allgemein wird hinter der Sprachschwäche eine Anlage - resp. erbbedingte Disposition vermutet, die sich vorwiegend auf die sprechmotorische Seite auswirkt, während die mehr kognitiv betonten Bereiche des Sprachverständnisses weniger oder gar nicht betroffen sind. Wenn das Sprechen schließlich mit erheblicher Verspätung einsetzt, zeigen sich häufig folgende Fehlervarianten: Die Sprache enthält viele Stammelfehler, der (aktive) Wortschatz der ge-

sprochenen Sprache ist bedeutend geringer als der (zumeist altersgemäße) "passive" Wortschatz, und schließlich weisen die Sprechäußerungen verhältnismäßig viele grammatisch-syntaktische Fehler auf, die Satzbildung erfolgt dysgrammatisch im Sinne ZUCKRIGLS.

Die Kinder des Sprachschwächetyps bzw. Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung bedürfen erhöhter sozialer Zuwendung und Kontaktpflege. Dabei müssen sie ständig zum Sprechen ermuntert werden. Interessenweckung und sprachliche Motivierung sind hier ebenso notwendig wie die Ermöglichung natürlicher Sprechsituationen (z.B. sprechintensive Partner- und Gruppenspiele). Eine gezielte sprachheilpädagogische Behandlung sollte die Sprachentwicklung des Kindes in enger Anlehnung an die biologisch mehr oder weniger vorprogrammierten, d.h. in der ontogenetischen Abfolge sich manifestierenden, Sprachpartner unterstützen und ggf. auch lenkend eingreifen. So werden Substantiva, Interjektionen und Imperative als ontogenetisch früheste Sprachformen am Anfang der sprachheilpädagogischen Arbeit überwiegen, später werden Funktionsübungen zur Entwicklung der informativen und interrogativen Satzmuster hinzukommen. Bilderbücher, Sprachspiele, rhythmische Bewegungsspiele u.ä. sind hierbei nützliche Hilfsmittel.

Allgemein stellt man der verzögerten Sprachentwicklung eine günstige Prognose. "Wenn die Einschulung näherückt (5;0 bis 6;6), machen sprachentwicklungsverzögerte Kinder oft erhebliche, manchmal geradezu sprunghafte Fortschritte im Sprechen, die zu einem weitgehenden Aus- bzw. Angleich führen können. Dessenungeachtet ist eine Zurückstellung vom Schulbesuch um ein Jahr (evtl. Schulkindergarten) oftmals geboten" (HEESE, a.a.O., S. 279). Einzelne Stammelfehler, gelegentliche Dysgrammatismen oder -seltener - Lese-Rechtschreib-Schwächen mögen zwar noch an (zurückliegende) Sprachverzögerung erinnern, sie fallen jedoch im späteren Kindes- und Jugendalter kaum mehr gravierend auf und sind sprachheilpädagogisch relativ leicht zu behandeln. "Ungünstiger ist die Prognose, wenn die Kinder vor der Schulzeit von den Eltern unter starken Forderungsdruck bezüglich ihrer Sprache gesetzt werden. In solchen Fällen liegt die Gefahr nahe, daß es zu Stottern kommt" (HEESE, loc. cit.).

Ad 2) Die sog. Hörstummheit oder idiopathische Stummheit

Sie stellt gewissermaßen eine Extremvariante der oben beschriebenen verzögerten Sprachentwicklung dar. Stummheit, die nach vollendetem 3. Lebensjahr bei intaktem Gehör, normaler Intelligenz und ohne hirnpathologische Befunde fortbesteht, wird in der überwiegenden sprachheilpädagogischen Literatur als Hörstummheit oder idiopathische Stummheit (früher auch Audimutitas) bezeichnet. Das Sprachverständnis ist bei diesen Kindern im allgemeinen gut, sie sprechen aber - weder spontan noch reaktiv - kaum ein Wort und verständigen sich mit Gebärden. Die spärlichen lautsprachlichen Produktionen - soweit solche beobachtet werden - sind gewöhnlich mit Agrammatismen und Stammelfehler durchsetzt. Persönlichkeitspsychologisch fällt häufig eine große Schüchternheit, verbunden mit starker Mutterbindung auf, was die ohnehin schwierige Diagnose nach M. HESS zusätzlich erschwert. Sie empfiehlt deshalb dem Logopäden, folgende Kriterien zu beachten:

- " a) Bei den Anamnese-Fragen ist besonders auf Infektionskrankheiten, Ohrenkrankheiten, Unfälle, evtl. Kopfverletzungen, häufiges Kopfweg, Krämpfe im Kleinkinderalter einzugehen, um abzuklären, ob eine Hirnverletzung, ein Tumor, eine Folgeerscheinung von Meningitis oder Encephalitis vorliegt.
- b) Es ist zu prüfen, ob das Kind auf Anrufe, Fragen und verschiedene Aufträge reagiert. Äußert es sich dazu, durch Gebärden, dann ist das Sprachverständnis da.
- c) Genaue Prüfung des Hörumfanges, der Hörschärfe, Hör-richtung und Hördifferenzierung ist besonders wichtig.
- d) Man beobachte:
 - Unterscheidet es verschiedene und verschieden starke Geräusche voneinander?
 - Unterscheidet es Geräusche und Laute?
 - Nimmt es auf auditivem Wege auch feine, leise Töne sicher auf?
 - Faßt es Sprachlaute wesentlich weniger gut auf, erst nach mehrmaliger Wiederholung oder gar nicht?
- e) Wenn das Kind schon die Schule besucht, kann man noch prüfen, ob es Geschriebenes und Gedrucktes erkennt, Gedrucktes in Geschriebenes übertragen kann.

Es ist möglich, daß ein hörstummtes Kind auf Erschütterungen nicht reagiert. Man sei aber vorsichtig, daraus sogleich

auf Geistesschwäche zu schließen; der Grund liegt in diesem Falle vielmehr in der erschwerten akustischen Erweckbarkeit." (HESS 1959, S. 91 f.).

LIEBMANN, der der Hörstummheit eine Monographie widmete, unterscheidet vier Formen (zit. nach SEEMAN 1965, S. 70 f):

(1) Die motorische Hörstummheit, die erscheinungsmäßig der motorischen Aphasie sehr ähnelt. Diese Form ist geradezu typisch für das oben gezeichnete klinische Bild der idiopathischen Stummheit.

(2) Die sensorische Hörstummheit, die verhältnismäßig selten auftritt und differentialdiagnostisch hier von der sensorischen Aphasie abgehoben werden muß.

(3) Die sensorisch-motorische Hörstummheit, wobei neben der fehlenden oder bestenfalls rudimentären Spon-tansprache ebenfalls das Sprachverständnis stark in Mitleiden-schaft gezogen ist. Diese Erscheinungsform kann man geradezu als atypisch für die sonst unter "Hörstummheit" subsumierten Sprachstörungen bezeichnen.

(4) Schließlich bildet Liebmann noch eine weitere Kategorie, in die sämtliche Übergangsfälle zwischen Hörstummheit und schwerem Stimmeln eingeordnet werden.

Man muß allerdings hier mit SEEMAN kritisch fragen, ob die Hörstummheit angesichts einer solchen heterogenen Symptomatologie überhaupt als "selbständige nosologische Einheit" anerkannt werden darf. "Es ist ein Begriff, der einer kritischen Analyse nicht standhält. Wir fassen unter derselben Bezeichnung verschiedene klinische Komplexe zusammen. Es ist deshalb besser, die Benennung nicht anzuwenden und die Formen des verminderten Sprachvermögens nach ihren Ursachen zu bezeichnen. Der Begriff "Hörstummheit" zerfällt in einfache verzögerte Sprachentwicklung, vermindertes Sprachvermögen infolge einer schweren körperlichen Asthenie, sprachliche Rückständigkeit bei Vernachlässigung des Kindes, konstitutionell verzögerte Sprachentwicklung und akustische Agnosie" (SEEMAN, a. a. O., S. 81). Für die Hörstummheit (als der schwersten Form der Sprachentwicklungsverzögerung) ist demnach der gleiche Katalog möglicher - erworbener und/oder vererbter - Ursachenvariablen einschlägig, den wir im Rahmen der ätiologischen Erörterung der verzögerten Sprachentwicklung bereits aufzählten.

Auch die Behandlung ist "im Prinzip ähnlich der bei der verzögerten Sprachentwicklung, von der sich die Hörstummheit durch graduelle Erschwerung unterscheidet. Es müssen sehr gezielte sprachheilpädagogische Maßnahmen hinzukom-

men (evtl. Einbeziehung des Gesichts- und Tastsinnes, vorsichtige psychologische Führung in den wechselseitigen Sprachkontakt). Wenn das Kind im Elternhaus bleibt, kann diese Arbeit nur geleistet werden, wenn die (Einzel-)Behandlung durch einen erfahrenen Sprachheilpädagogen durchgeführt wird. Die Aufnahme in eine Sprachheilschule oder in ein spezielles Sprachheilheim wird meist erforderlich sein" (HEESE, a. a. O., S. 279 f.).

Ad 3) Die akustische Agnosie oder sog. Seelentaubheit

Nach ARNOLD ist "die Unfähigkeit, Schallerscheinungen an ihrem Klangbilde zu erkennen", das hervorstechendste Symptom der akustischen Agnosie. Obwohl normales Tongehör vorliegt, können die seelentauben Kinder und Jugendlichen akustische Reize (sprachliche, musikalische oder andere künstliche bzw. natürliche Reize) nicht identifizieren resp. unterscheiden. Auch Richtungs- und Entfernungsgehör (d. h. die Lokalisation von Schallquellen) sind sehr oft beeinträchtigt (Allästhesie). Auf der anderen Seite zeigen Seelentaube "Verhaltensweisen, bei denen die Hörstörungen durch andere Sinnesfunktionen kompensiert werden, und zwar durch auffallenden Ortssinn, Orientierungsvermögen und die Fähigkeit, etwas mit einem Blick sofort zu erfassen, was sich darin äußert, daß die Kinder von selbst das Ablesen von den Lippen erlernen und auffallend gut aus Mimik und Gesten die Befehle und Wünsche anderer Personen entnehmen" (SEEMAN, a. a. O., S. 94). Akustische Agnosie oder "akustische Unerweckbarkeit" (nach NADOLECZNY) ist also dann wahrscheinlich, wenn die Stummheit bei gutem Gehör und mindestens durchschnittlicher Intelligenz über das dritte Lebensjahr hinaus fortbesteht.

Relativ übereinstimmend werden als physiologische Komponenten der Seelentaubheit Lokalschädigungen in den Hörbahnen bzw. am kortikalen Ende des Höranalysators (SEEMAN) genannt. Die Mehrzahl der in der Fachliteratur aufgeführten Kasuistiken, etwa die von Loebell oder bei LUCHSINGER u. ARNOLD dargestellten, wird ätiologisch durch Geburtstraumen (z. B. Gehirnläsionen), frühkindlicher Meningitis bzw. Encephalitis versus mit dem Verdachtshinweis auf vererbte Einflüsse (z. B. Gehirnentwicklungsstörungen) aufgeklärt. Bei der Diagnosestellung wird man deshalb auf eine elektroencephalographische Untersuchung kaum verzichten,

zumal bei der Erhellung des schwierigen Krankheitsbildes der akustischen Agnosie eine Zusammenarbeit zwischen Sprachheilpädagogen, Otologen, Neurologen und Psychologen ohnehin notwendig erscheint. Wie vorhin schon angedeutet wurde, kann Seelentaubheit nur dann diagnostiziert werden, wenn mit Sicherheit Intelligenzschwäche und periphere Hörbeeinträchtigung auszuschließen sind. Vor der endgültigen Diagnose sollte deshalb (nach HESS, a. a. O., S. 92) besonders darauf geachtet werden,

- "a) ob Geburtsschädigungen vorliegen,
- b) ob das Kind eine Meningitis oder Encephalitis, zeitweise oder ganz durchgemacht hat,
- c) wie das Kind auf alle möglichen unterschiedlichen Geräusche, Töne und Laute reagiert,
- d) ob es einen Auftrag wohl nachspricht, aber nicht ausführt,
- e) ob es überhaupt stets nur echoartig, ohne Verständnis nachspricht.
- f) Insbesondere ist das Richtungs- und Entfernungshören zu prüfen, das bei Seelentauben meist gestört ist (BERENDES).
- g) Es empfiehlt sich auch, das Orientierungsvermögen dieser Kinder zu prüfen, das in vielen Fällen sehr gut ausgebildet scheint."

Sofern keine angemessene Behandlung erfolgt, kann Seelentaubheit zu Pseudodebilität führen, was sich z. T. aus der Bedeutung des Sprachverständnisses für die seelisch-geistige Entwicklung des Kindes erklären läßt. Andererseits liegen die Prognosen hier ähnlich günstig wie bei der Sprachheilbehandlung der verzögerten Sprachentwicklung. Freilich sind in der Regel vermehrte Anstrengungen von seiten des Sprachpädagogen erforderlich. Die Seelentauben lernen - wenn auch mit großer Verspätung - (behandelt) fast immer sprechen.

Während die Behandlung des hörstummen Kindes vor allem der motorischen Förderung sowie der Beseitigung der Sprechhemmungen (Schüchternheit des Kindes) gilt, liegt der Schwerpunkt der Heilbehandlung beim Seelentauben in der Förderung der akustischen Differenzierfähigkeit, vorab der Weckung, Entwicklung und Übung der Wahrnehmungsfähigkeit und des Gedächtnisses für sprachakustische Phänomene. Die wichtigste Aufgabe ist dabei (nach WINNEWISSER), "das spezifisch menschliche Sprachgehör, das phonematische Gehör, auszubilden", wozu u. a. Übungen zur Lautdifferenzierung notwendig seien. Im Vordergrund der sprachpädagogischen Arbeit werden jedoch situationsgerechte Erlebnisganzenheiten, wie sie beispielsweise Spiele, Reime, Kinderlieder

u.ä. ermöglichen, stehen, wobei die Schriftsprache gerade hier - erfahrungsgemäß - ein hilfreiches Medium darstellt. Die sehr oft im Gefolge auftretenden Stammelfehler und Dysgrammatismen können mit den üblichen Methoden behandelt werden. Die Behandlung der Seelentaubheit macht fast immer einen Aufenthalt in der Sprachheilschule bzw. im Sprachheilheim notwendig.

Ad 4) Der Agrammatismus bzw. Dysgrammatismus

Mit Agrammatismus oder Paragrammatismus (FROESCHELS) bzw. Dysgrammatismus (ZUCKRIGL) ist die mehr oder weniger deutlich in Erscheinung tretende Unfähigkeit, richtig gedachte Sachverhalte in grammatisch-syntaktisch einwandfreier Form auszudrücken, angesprochen (FÜHRING u. LETTMAYER 1966, S. 140). Es handelt sich also hierbei um Diktionsstörungen grammatikalisch-syntaktischer Art. Der Name Dysgrammatismus steht dabei nicht nur für die Verstöße gegen die Grammatisierung i. e. S. (Deklinations- und Konjugationsfehler), sondern stellvertretend auch für die Verstöße gegen die Syntaktisierung d. h. gegen die Regeln der Wort- und Satzfügung resp. der Wort- und Satzfolge). Da Dysgrammatismus häufig mit Stammelfehlern, besonders Lispeln, auftritt, subsumierte man früher dysgrammatische Sprachstörungen kurzschlüssig unter "Stammeln". So steht z. B. für die richtige Form "Traudel muß schnell hinaus zu den Kindern" etwa die Fehlbildung "Taudel muß nell naus Tinder" (nach WINNEWISSER 1960).

FÜHRING u. LETTMAYER (loc. cit) weisen noch darauf hin, daß Dysgrammatismus nicht selten zusammen mit einer Wortschatzeinengung einhergehe, so daß zu den grammatisch-syntaktischen auch lexikalische Schwierigkeiten hinzukommen. "Die Begrenztheit des Wortschatzes ist wieder auf eine verminderte Fähigkeit der Wiedergabe von Wortreihen, Silbenreihen und Zahlenreihen zurückzuführen. Die Wiederholung eines Wortes erfordert eine gewisse "Hörgedächtnisspanne". Nach Froeschels versteht man darunter die Fähigkeit, eine Anzahl sinnloser Silben oder Ziffern fehlerfrei zu wiederholen. Für normale Kinder beträgt diese Hörgedächtnisspanne für 4 Jahre - 4 Silben, für 7 Jahre - 5 Silben, für 10 Jahre - 6 Silben und für 14 Jahre - 7 Silben."

Das Sprachverständnis des Dysgrammatikers weist im Gegensatz zur verkürzten Hörgedächtnisspanne in der Regel keine Einbußen auf. Satzmelodie und Tonfall sind eben-

so normal wie Mimik und Gesten, die gelegentlich sogar leicht überzeichnet eingesetzt werden. Diese Beobachtung führte wohl FROESCHELS zur Einführung des Begriffs Paragrammatismus (d.h. einer beinahe richtigen versus nur teilweise falschen Sprachstörung grammatischer Art), wohingegen ZUCKRIGL für die Verwendung des Begriffs Dysgrammatismus plädiert, weil einerseits sehr selten Formbildungen völlig fehlen (Agrammatismus i. e. S.) und zum andern im griechischen Präfix "dys" (im Sinne von "schlecht") das Fehlen der umschriebenen Sprachstörungen besser zum Ausdruck käme.

In der Ontogenese stellt Agrammatismus bzw. Dysgrammatismus eine normale Durchgangsstufe dar, die - je nach frühem oder spätem Beginn des Sprechens bzw. je nach Entwicklungstempo - bis zum 3./4. Lebensjahr andauern kann. Erst danach ist der "pathologische" Dysgrammatismus qua Folgeerscheinung einer Entwicklungsverzögerung vom "physiologischen" Dysgrammatismus einigermaßen sicher zu unterscheiden. Daß Dysgrammatismus auch bei Sehlentaubheit bzw. abklingender Hörstummheit auftreten kann, haben wir schon erwähnt. Ebenso können Schwerhörigkeit und Taubheit vor oder während der Sprachentwicklung versus Deblilität und Imbezillität Agrammatismus resp. Dysgrammatismus verursachen, deren Erscheinungsmodi im Rahmen unserer Erörterungen jedoch weitgehend ausgeklammert werden sollen.

Abgesehen von den soeben erwähnten Erscheinungen sowie abgesehen vom Dysgrammatismus als bloßer Redestörung - auf diese Form werden wir noch zu sprechen kommen - bedeutet Dysgrammatismus immer eine Entwicklungsstörung der Sprache. Die mehr oder weniger rechtzeitig begonnene Sprachentwicklung ist bei Dysgrammatikern der skizzierten Art (noch) nicht am Ziel angelangt, hat sich aus einer Reihe von Ursachen, die gleich noch auszuführen sind, verzögert oder ist gar stecken geblieben. Im weiteren Sinne spricht deshalb HEESE auch vom Dysgrammatismus als "Leitsymptom der verzögerten Sprachentwicklung" (zit. nach ZUCKRIGL 1964, S. 45).

Differentialdiagnostisch ist der Dysgrammatismus einmal gegenüber aphasischen Störungen sowie Stottern und Poltern abzuheben, zum andern sind Dysgrammatismus und Satzstammeln voneinander zu trennen. Bei Aphasie können grammatikalische und syntaktische Redestörungen durchaus vorkommen, sind dann aber als nachträglich erworbene, d.h. nach fertig ausgebildeter Sprache erst aufgetretene, Dysgrammatismen von den entwicklungsbedingten zu unterscheiden. Anamnese und Exploration werden die Urteilsfindung hier erleichtern. Schwieriger sind schon die Satz-

stammler und Dysgrammatiker auseinander zu halten, ca Stam-
meln häufig im Zusammenhang mit grammatikalischen Aus-
fällen vorkommt. Maria HESS (loc. cit., S. 110) bringt hier -
für folgendes Beispiel:

"Ein Satzstammler sagt: Dasch is scho sön d si.

Ein Agrammatiker sagt: Das so gsi isch schön.

Meistens wird ein wirklicher Agrammatiker auch nach mehr-
maligem Vorsprechen den Satz grammatikalisch immer noch
nicht richtig nachsprechen, ja er merkt nicht einmal, daß er
falsch spricht."

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß etwaige
Mängel formaler Redefertigkeit, Ungeschicklichkeiten im
sprachlichen Ausdruck sowie Versprecher (grammatikalische
"Schnitzer"), soweit sie en passant auftreten, keine patholo-
gischen Phänomene darstellen, also auch nicht Gegenstand
sprachheilpädagogischer Bemühungen sind. Allenfalls ge-
hören solche Mängel zum Aufgabenkanon der Sprachschu-
lung bzw. Sprachbildung. Erscheinenshäufigkeit (vgl. ZUCK-
RIGL, a. a. O., S. 196 f.) bzw. auffälliger Hartnäckigkeit als
echter Sprachheilverfall diagnostiziert werden. Die Unterschei-
dung der beiden Formen dysgrammatischer Sprach- versus
Redestörung, die u. W. nur ZUCKRIGL trifft, ist besonders
im Hinblick auf die Therapie (siehe unten) von Bedeutung, un-
ter dem Kriterium "spontaner Korrigierbarkeit" wird sogar
vielfach erst (ex post) eine endgültige Differentialdiagnose
möglich sein.

Nach LIEBMANN (vgl. FÜHRING u. LETTMAYER 1966,
S. 142 f. bzw. ZUCKRIGL 1964, S. 14 f.) lassen sich die
dysgrammatischen Sprachstörungen - analog zum
Verlauf des physiologischen Dysgrammatismus in der Ontoge-
nese - in drei Schweregrade einteilen:

Die 1. und schwerste Stufe der Sprachstörung ist
gekennzeichnet durch den Einwortsatz resp. den ungram-
matikalischen Mehrwortsatz. Beispiele: Bub; Bub -
Teddy; Bub - Teddy - Auto. Diese Einheiten entsprechen den
auf der frühesten Stufe sprachlicher Entwicklung beobachteten
Produktionen.

Die 2. und mittlere Stufe der Sprachstörung ist
durch die flexionslose "Infinitivsprache" gekennzeich-
net. Beispiele: Otto Apfel essen; Papa Auto fahren Stadt; Ich
hören Flieger großes; Dort ein Bub laufen Roller.

Die 3. und leichteste Stufe der Sprachstörung ist
dadurch erkennbar, daß das Kind bzw. der Jugendliche klei-
nere Sätze fehlerlos spricht, während größere Sätze nach wie
vor überdurchschnittlich häufige Verstöße gegen die Gram-
matik aufweisen. Falsche Syntax und gewisse "Verschroben-
heiten" der Redewendung finden sich vor allem in der Spon -

tsprache der leichten Dysgrammatiker - und analog beim Ausklingen des physiologischen Dysgrammatismus. Zuckrigl bringt folgende Beispiele zur Illustration leichter dysgrammatischer Sprachstörungen: Oft wir schauen uns einen Unterrichtsfilm an. Die abgefallenen Bäume werden mit Schlitten abgefördert. Dort steht die Fräulein Huber. Ich werde dir das schon lernen!

Die Unterscheidung dieser drei Schweregrade ist nicht nur für eine saubere Diagnose, sondern vor allem auch im Hinblick auf die anzusetzende Behandlungsstrategie von Bedeutung. Letztere wird darüber hinaus durch die jeweilige Ätiologie bestimmt.

ZUCKRIGL (a. a. O., S. 16 ff.), der in umfangreichen empirischen Erhebungen sowie aufgrund zahlreicher Literaturanalysen die Ursachen des Dysgrammatismus eingehend untersucht hat, beschreibt 12 Haupt- und mehrere Untergruppen, die wir hier nur schlagwortartig referieren können. Als mögliche Ursachen des Dysgrammatismus (allgemein) kommen demnach folgende Variablen(bündel) infrage: Dysphasie oder Aphasie, Schwachsinn, Aufmerksamkeitsstörungen, "asoziales Stammeln" und Mutismus als Formen der Kontaktstörung, Hospitalismus, endokrine Störungen, erbliche Sprachschwäche, Mehrsprachigkeit der Umgebung und abrupter Milieuwechsel, Schwerhörigkeit, verzögerte Sprachentwicklung i. e. S., psychotische Erkrankungen und Insuffizienzgefühle. Sie alle können Dysgrammatismen unterschiedlicher Ausprägung bzw. verschiedenen Schweregrades verursachen. Auf die soziokulturellen Determinanten dysgrammatischer Sprachstörungen haben wir einleitend bereits hingewiesen (vgl. bes. BERNSTEIN u. OEVERMANN)

Sofern die Voraussetzungen gegeben sind, sollten bei der Behandlung dysgrammatischer Sprach- und Redestörungen der Arzt, die Heilgymnastin und der Sprachheillehrer zusammenwirken. Medikamentöse Behandlung, Bade- und Liegekur, Unterwassermassagen u. ä., aber auch Schwimmunterricht, rhythmische Gymnastik, psychomotorisches Funktionstraining oder - gelegentlich - psychotherapeutische Behandlungsansätze werden ebenso zur Beseitigung der Sprachstörung beitragen wie eine Reihe "ästhetischer Therapeutika", auf die besonder ZUCKRIGL (s. 74 ff. u. 84 ff.) aufmerksam gemacht hat.

Pädagogischerseits wird sich die Dysgrammatikerbehandlung zuallererst um die "Weckung der Redefreudigkeit" bemühen müssen, die als *conditio sine qua non* für den Therapieerfolg angesehen wird. Für die Aufstellung des Behandlungsplanes werden darüber hinaus Kenntnisse über Ursachen und Schweregrad des vorliegenden Dysgrammatismus

unerlässlich. In der Literatur werden vor allem zwei Strategiekonzepte vorgeschlagen: dem "systematische, logisch konstruierenden Weg der Behandlung" stellt ZUCKRIGL (a. a. O. S. 96 ff.) eine Reihe psychologisch orientierter Methoden - "Weg vom Spracherlebnis zum Sprachgefühl" - gegenüber. Während der "logische" Weg vorab am Schweregrad des dysgrammatischen Störungen orientiert (siehe die drei LIEB-MANNschen Stufen oben) analog zur eingangs unseres Vortrags umrissenen Ontogenese des Sprachverhaltens Stufe um Stufe aufbauend die (verzögerte oder ausgebliebene) Sprachentwicklung quasi systematisch nachzuholen versucht - entsprechende Vorschläge dazu finden sich etwa bei FÜHRING u. LETTMAYER 1966, S. 145 ff. oder bei LETTMAYER 1965 S. 88 ff. -, geht man psychologisch orientiert mehr von der Hypothese spezifischer Gedächtnis - resp. Merkfähigkeitsmängel aus und ist der Ansicht, daß das dysgrammatisch sprechende Kind die "richtigen Sprachfügungsmuster . . . eben noch häufiger (als das sprachgesunde Kind) in sich aufnehmen muß". Zwei Gesichtspunkte will Heese dabei besonders beachtet wissen:

1. Die Sprachformmuster müssen in Form eines systematisierten Angebotes in der Beschränkung auf wenige Muster bei massiertem Anbieten in den Therapiestunden und im Elternhaus gegeben werden.
2. Das Kind soll pädagogisch sinnvoll dazu gebracht werden, daß es die einfachen Sprachform-Muster möglichst häufig selbst anwendet und durch häufiges Richtigsprechen die noch mangelhaft funktionierende Verbindung zwischen Sprach-Sensorium und sprechmotorischem Großhirn-Areal stützt " (zit. nach ZUCKRIGL 1964, S. 96).

Eine Möglichkeit, solche Sprachfügungsmuster lebensnah im Unterricht zu schaffen, konnte ZUCKRIGL mit Hilfe der Tonbandaufnahme, des von ihm sogenannten "Reduzierten Unterrichtsgesprächs" (RU), aufweisen (S. 98 ff.). Das RU enthält die im Laufe einer Unterrichtsstunde aufgenommenen, sprachlich einwandfreien Schülerbeiträge. Es repräsentiert die wichtigsten Gedankengänge des behandelten Sachgebietes (aus der Geschichte, der Erdkunde etc.) und stellt zugleich die dem jeweiligen Entwicklungsstand der Sonderschul-(Sprachheil-)Klasse adäquaten "Sprachfügungsmuster" (s. o.) zur Verfügung. Unter dem Gesichtspunkt sprachheilpädagogischer Dysgrammatikerbehandlung eignen dem RU folgende, psychologisch bedeutsamen Funktionsmerkmale (nach ZUCKRIGL, a. a. O., S. 99 f):

"1. Beim Entstehen des "Reduzierten Unterrichtsgesprächs":

- a) Beim Sprechen in das Mikrofon ergibt sich eine Nötigung zur Konzentration auf inhaltliche und sprachliche Richtigkeit. Der einzelne Schülerbeitrag ist eine ungekünstelte Konzentrationsübung.
- b) Gelingt der erste Sprechbeitrag nicht, hat der Sprecher nach Anhören der Aufnahme die Möglichkeit, sich selbst zu korrigieren: Selbstkritik und Objektivität erwachen.
- c) Für die nicht eben sprechenden Schüler ergibt sich eine Nötigung zur Zucht im Sinne HERBARTS als Voraussetzung zum Unterricht ("Ruhe! Achtung - Aufnahme!") Weil die Klasse am Gelingen der Aufnahmen interessiert ist, ergibt sich eine motivierte Übung in der Selbstbeherrschung.

2. Beim Abhören der Tonbandaufnahme:

- d) Das fertige "Reduzierte Unterrichtsgespräch" stellt ein Sprachfügungsmuster mit dem Wortschatz und der Sprachkraft der zu unterrichtenden Klasse dar: Schwierigkeiten sind isoliert.
- e) Die Schüler fühlen sich ermutigt, weil sie über das Tonband positive Sprachleistungen erleben, die sie selbst produziert haben: Erfolgsgefühle erwachen.
- f) Das Hören der eigenen Stimme mag zu einem akustischen Narzißmus führen, der sich positiv auswirkt: Das Interesse an der Sprachgestaltung wächst.
- g) Das "Reduzierte Unterrichtsgespräch" dient dem Unterrichtsgrundsatz der Erfolgssicherung, der in der Heilpädagogik besonders groß zu schreiben ist. Das "Klassengedächtnis" (Tonband) stützt das schwache "Einzelgedächtnis". Merkschwachen Schülern kann das Sprachformmuster öfter geboten werden.
- h) Besonders hartnäckig sprachgestörte Kinder werden in Einzelbehandlung genommen und gelungene Sätze werden dem "Reduzierten Unterrichtsgespräch" angefügt. Der Schüler kann dann die Anerkennung der Klasse (die um die Mühen des Entstehens nichts weiß) erleben, wenn das Band abgespielt wird. Gefühle der Insuffizienz werden bei einzelnen Schülern abgebaut.

Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit dem RU bestätigen die Annahme des Autors, daß die psychologisch orientierte Behandlungsmethode sowohl beim Dysgrammatismus als "zentraler Sprachschwäche" als auch beim Dysgrammatismus der "Redestörung" erfolgreich eingesetzt werden kann. Insbesondere erwies sich RU als vielversprechender Behandlungsansatz dysgrammatischer Redestörungen, als

deren Hauptkennmerkmale "Insuffizienzgefühle" (ätiologisch) sowie "Spontane Korrigierbarkeit" (therapeutisch) von seiten des dysgrammatisch auffälligen Kindes und Jugendlichen anzuführen wären. Doch mit der Erörterung dieser Phänomene übersteigen wir bereits die von uns eingangs definierte Thematik(ausschließlich) entwicklungsbedingter Sprachstörungen.

Zusammenfassung

Zunächst werden in einem allgemeinen Überblick die wichtigsten Stufen der Sprachentwicklung im Kleinkindalter (Ontogenese) beschrieben. Hierbei finden "biologisch vor-programmierte Sprachpattern" und "sozio-kulturelle Determinanten" gleichermaßen Beachtung.

Nach Aufweis des Kontextes möglicher Sprachstörungen (im weiteren Sinne) sind im Hauptteil ausschließlich entwicklungsbedingte Sprachstörungen thematisiert. Folgende Sprachstörungen stehen demnach zur Diskussion: 1. die einfache verzögerte Sprachentwicklung, 2. die Hörstummheit oder idiopathische Stummheit, 3. die Seelentaubheit oder akustische Agnosie, 4. der Agrammatismus resp. Dysgrammatismus. Ausführlich werden Erscheinungsformen (Symptomatik) und Ursachen (Ätiologie) jeder einzelnen Entwicklungsstörung der Sprache dargestellt und entsprechende heilpädagogische Behandlungsansätze (Therapievorschläge) aufgewiesen.

Literatur

BERNSTEIN, B.: Elaborated and restricted codes: Their origins and some consequences. In: J. J. GUMBERZ u. D. HYMES (Hrsg.), *The Ethnography of Communication*. Am. Anthropologist, Special Publication, 66, No. 6, Part. 2, 1964, S. 55-69.

BERNSTEIN, B.: Sozio-kulturelle Determinanten des Lernens (mit besonderer Berücksichtigung der Sprache). In: F. WEINERT (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie*, Köln/Berlin 1967 (Kiepenheuer & Witsch), S. 346-371.

v. BRACKEN, H.: *Entwicklungsgestörte Jugendliche*. München (Juventa) 1965. 3¹⁹⁷⁰.

BÜHLER, CH. und HETZER, H.: Inventar der Verhaltensweisen des ersten Lebensjahres. In: Ch. BÜHLER et al. (Hrsg.), *Soziologische und psychologische Studien über das erste Lebensjahr*, Jena (Fischer) 1926.

BÜHLER, K.: *Die geistige Entwicklung des Kindes*. Jena (Fischer) 1918.

BÜHLER, K.: *Sprachtheorie*. Jena (Fischer) 1934.

- DEUSSING, H.: Der sprachliche Ausdruck des Schulkindes. (= Jenaer Beiträge zur Jugend- und Erziehungspsychologie, Heft 3). Langensalza (Beltz) 1927.
- DEUTSCH, M. et al.: Communication of information in the elementary school classroom. Cooperative Research Project No. 908, Inst. for Developm. Studies, Dept. of Psychiatry, New York: Medical College, New York 1964. (Zit. nach OEVERMANN 1969).
- FROESCHELS, E.: Lehrbuch der Sprachheilkunde. Leipzig/Wien (Deuticke) 1913.
- FÜHRING, M. u. LETTMAYER, O.: Die Sprachfehler des Kindes. Wien/München (Österr. Bundesverlag) ³1966.
- HEESE, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: H. JUSSEN (Hrsg.), Handbuch der Heilpädagogik, München 1967 (Kösel), S. 270-290.
- HELLER, K.: Aktivierung der Bildungsreserven. Bern/Stuttgart (Huber/Klett) 1970.
- HESS, M.: Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Freiburg/Schweiz (Universitätsverlag) 1959.
- HÖRMANN, H.: Psychologie der Sprache. Berlin/Göttingen/Heidelberg (Springer) 1967.
- JESPERSEN, O.: Die Sprache, ihre Natur, Entwicklung und Entstehung. Heidelberg (Winter) 1925.
- JUSSEN, H.: Der sprachwissenschaftliche Aspekt in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit, 9, 1964, S. 195-209.
- KAINZ, F.: Psychologie der Sprache. Bd. 2: Vergleichend-genetische Sprachpsychologie. Stuttgart (Enke) ²1960.
- KERN, E.: Sprachheilpädagogik. In: Lexikon der Pädagogik (Hrsg. H. ROM-BACH), Bd. 4, Freiburg/Br. 1955 (Hader), S. 428-433.
- KLINGHAMMER, H.D.: Systematische Verhaltensbeobachtung als diagnostisches Hilfsmittel bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Heilpäd.Forschg., 2, 1969, S. 84-94.
- LETTMAYER, O.: Rat und Hilfe bei Sprachstörungen. Wien (Bundesverlag) ²1965.
- LIEBMANN, A.: Hörstummheit. Berlin (Coblentz) 1925.
- LOBAN, W. D.: Language ability: Grades seven, eight and nine. Cooperative Res. Project, No. 1131, Univ. of Calif. at Berkeley, 1964. (Zit. nach OEVERMANN 1969).
- LUCHSINGER, R. u. ARNOLD, G.E.: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien (Springer) ²1959.
- MCCARTHY, D.: Language development in the preschool child. Univ. of Minesota Press, Minneapolis, Minn. 1930.
- MCCARTHY, D.: Language development. In: L. CARMICHAEL (Hrsg.), Manual of child psychology, New York (Wiley) 1954, ³1963.
- OERTER, R.: Moderne Entwicklungspsychologie. Donauwörth (Auer) ²1968.
- OEVERMANN, U.: Schichtenspezifische Formen des Sprachverhaltens und ihr Einfluß auf die kognitiven Prozesse. In: Begabung und Lernen (Hrsg. H. ROTH), Stuttgart ³1969 (Klett), S. 297-356.
- ORTHMANN, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin (Marhold) 1969.

- OSGOOD, C. E.: Psycholinguistics. In: S. KOCH (Hrsg.), Psychology: A study of a science, VI, S. 244-316, New York (McGraw-Hill) 1963.
- PIAGET, J.: Le langage et la pensée chez l'enfant. Neuchatel (Delachaux et Niestlé) 1923.
- RIEDER, O.: Die vorsprachlichen stimmlichen Äußerungen. Diss. Heidelberg 1963.
- SALBER, W.: Die Entwicklung der Sprache. In: H. THOMAE (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 3: Entwicklungspsychologie. Göttingen (Hogrefe) 1959.
- SEEMAN, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin/Jena (VEB Volk u. Gesundheit) 1965.
- SMITH, M. E.: An investigation of the development of the sentence and the extend of vocabulary in young children. Univ. Iowa Stud. Child Welfare, 3, No. 5, 1926.
- STERN, Cl. u. STERN, W.: Die Kindersprache. Leipzig (Barth) 1907, 1927.
- TEMPLIN, M. C.: Certain Language Skills in Children. Minneapolis: Univ. Minnesota Press 1957.
- THOMASSO, D. R.: Oral Language Sentence Structure and Vocabulary of Kindergarden Children Living in a Low Socioeconomic Urban Area. Unveröffentl. Diss., Wayne State Univ., 1962. (Zit. nach OEVERMANN 1969).
- WINNEWISSER, A.: Das sprachkranke Kind. Unveröffentl. Vorl.-Manusk., Heidelberg 1960.
- ZUCKRIGL, A.: Sprachschwächen. Der Dysgrammatismus als sprachheilpädagogisches Problem. Villingen/Schwarzw. (Neckar Verlag) 1964.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Kurt Heller
Päd. Hochschule Rheinland, Abt. Bonn
Seminar für Psychologie
53 Bonn, Römerstraße 164